

Sisältö:

- [Kansijuttu: Teknologian arvioinnin kansainvälisyys](#)
- [Tohvelietäisyyden tärkeydestä](#)
- [FinOHTA tukee arviointihankkeita](#)
- [Ajankohtaista ihmisistä ja muista](#)
- [15D terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuuden mittauksessa](#)
- [Laparoskooppiset leikkaustekniikat odottavat lopullista asemaansa](#)
- Muista julkaisuista:
 - [Miten amerikkalainen kirurgi haluaisi nivustyränsä leikattavan?](#)
 - [Yhdysvaltalainen konsensuslausuma sisäkorvaimplanttien käytöstä lapsilla ja aikuisilla](#)
 - [Lonkan ja polven tekonivelleikkausten kustannus-vaikuttavuus](#)
 - [Tekonivelleikkaukset 1995](#)
- [Tutkimustoiminta](#)
- [Näköpiirissä](#)

Teknologian arvioinnin kansainvälisyys

Joitakin esiintyvyyseroja lukuunottamatta samat sairaudet vaivaavat eri maiden kansalaisia. Hoitomenetelmät ja hoidon organisointi sen sijaan saattavat poiketa toisistaan huomattavasti. Kansainväliselle terveydenhuollon menetelmien arvioinnin yhteistyölle on jo näiden seikkojen perusteella yleismaailmallinen tilaus. Arviointitutkimuksen välittämä tieto eri menetelmien käytön vaikutuksesta potilaalle, terveydenhuoltojärjestelmälle ja yhteiskunnalle yhdessä maassa on ainakin osin käyttökelpoista myös toisessa maassa.

Kansainvälisen yhteistyön välttämättömyys Suomen arviointitoiminnalle on ollut selvää työn alkumetreiltä lähtien. Kun FinOHTA lähetti viime vuonna Suomen terveydenhuollolle kyselyn uusista tai jo käytössä olevista menetelmistä, joita tulisi arvioida, yllätti vastausten määrä. Luotettavaa arviointitietoa toivottiin yli tuhannesta erilaisesta hoitomenetelmästä. Tällaisen tietomäärän hankkiminen pelkästään Suomessa tutkimalla on täysin mahdotonta. Kotimaisin voimavaroin voitaisiin ylläpitää korkeintaan 30 - 40 hanketta vuodessa, joten loppujen vajaan tuhannen menetelmän ja teknologian arviointitieto on haettava muualta. Menetelmien arviointityö hyvin tehtynä vaatii paljon resursseja. Tällöin voimat yli kansallisten rajojen voidaan yhdistää yhteisen kysymyksen ratkaisemiseksi. Tällaisesta työstä hyvä esimerkki on arviointiorganisaatioiden kansainvälisen yhteistyöelimen INAHTAn koordinoima yhteistutkimus luuntiheysmittausten ja hormonihoidon vaikuttavuudesta, joka julkaistaan piakkoin.

Konkreettisten arviointihankkeiden ohella laaja yhteistyöalue on arviointitutkimuksen menetelmien kehittäminen, jonka tavoitteena on luoda yhteisesti noudatettu hyvä arviointikäytäntö ("good assessment practice"). Tällä alueella EU:n Biomed-ohjelman rahoittama EUR-ASSESS-projekti tekee arvokasta työtä. FinOHTA on projektissa mukana ja on voinut jo työn kestäessä hyödyntää syntyneitä kansainvälisiä kontakteja. EU:n terveydenhuollon telematiikkaohjelmassa on merkittäviä tietojärjestelmien arviointia kehittäviä hankkeita, joihin FinOHTA on myös lähdössä mukaan.

Terveydenhuollon menetelmien arviointitoiminta on voimakkaasti kasvussa eri maissa. Selkeästä tilauksestaan huolimatta arviointitutkimuksen kansainvälinen hyödyntäminen on kuitenkin ollut toistaiseksi vähäistä. FinOHTAssa kansainvälisen tiedon muokkaaminen ja levittäminen vastaamaan myös Suomen terveydenhuollon tarpeita on otettu alusta alkaen mukaan toiseksi päätoiminta-alueeksi, missä FinOHTA poikkeaa monien muiden maiden, mukaan lukien Ruotsin painotuksista. Tässä tiedotuslehdessä julkaistut lyhennelmät tärkeistä ja kiinnostavista ulkomaisista tutkimuksista ovat esimerkkejä linjasta, jota lähitulevaisuudessa tullaan vahvistamaan näkyvästi ja kuuluvasti. FinOHTAn tukemilla kotimaisilla arviointitutkimuksilla ja selvityksillä vahvistetaan vastavuoroisesti kansainvälistä arviointitietoperustaa suomalaisilla osaamisalueilla.

Usein kansainvälisen yhteistyön hyödyt ovat vaikeasti arvotettavissa. Terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa asioiden tila on kuitenkin toisenlainen; kansainvälisyyden tuoma lisäarvo kansalliselle

toiminnalle on selkeä ja helposti mitattavissa.

*Pekka Karp, Principal Scientific Officer
DG XIII/Health Telematics, European Union*

E d e l l i n e n

A l k u u n

S e u r a a v a

[Copyright](#) © 1997 FinOHTA / STAKES. All rights reserved.

Tohvelietäisyyden tärkeydestä

Tiedeviestinnästä oli hiljattain kokoontunut kuulemaan joukko tiedonvälittäjiä ja muuta asiasta kiinnostunutta väkeä. Iltapäivän aikana eteemme marssitettiin 14 esiintyjää puhumaan. Tilanne oli tyypillinen: iso joukko istuu ja kuuntelee, luennoitsijat piipahtivat pitämään esityksensä ja häipyivät sen jälkeen pikaisesti paikalta. Keskusteluun ei ollut aikaa. Tulihan toki todettua, että viestintä" on sanana yksipuolinen ja kuvaa lähinnä tiedon toimittamista perille vastaanottajalle.

Viestintäprosessimalli on kyllä teoreettisesti muuttunut yksisuuntaisesta putkesta molempiin suuntiin kulkevaksi malliksi, jossa molemmat päät toimivat sekä tiedon lähteenä, vastaanottajana että tiedon tulkitsijana. Tämä tilaisuus oli vielä tyypillinen tiedon "päähänkaatotilaisuus". Toki seminaarissa tuli esiin monia mielenkiintoisia seikkoja.

Tulevaisuudessa yksisuuntainen tulosten kertominen korvautuu "yleisön" vuorovaikutuksella tutkijoiden kanssa ja viestinnän perustaksi tulee kaksipuolinen kommunikaatio. Tietotekniikka antaa tähän tulevaisuudessa entistä paremmat mahdollisuudet. Toisaalta todettiin, että parhaiten kommunikaatio tapahtuu "tohvelietäisyydellä".

Terveydenhuollon menetelmien arviointitoiminnan päätavoite on viedä tulokset käytäntöön jotta niillä voidaan saada aikaa muutos toivottuun suuntaan. Mutta miten tehdä se tehokkaimmin? Kävimme äskettäin seuraamassa ruotsalaisen sisarorganisaatiomme SBU:n uutta menettelytapaa. Uumajaan oli järjestetty tilaisuus Pohjoisen sairaanhoitoalueen sekä terveydenhuoltohenkilöstölle että poliitikoille, jossa tiedotettiin mm. SBU:n juuri valmistuneesta raportista "Strålbehandling i cancer". Tilaisuus todettiin yleisesti onnistuneeksi ja keskustelua syntyi. Tohvelietäisyys toimii. Siellä esitettiin myös ajatus erityisten menetelmäesittelijöiden käyttämisestä lääketeknisten tapaamisten tapaan. Lääketiedotushan on tunnetusti hyvin perillemenevää. Mitä mieltä olette? Kertokaa meille omia ideoitanne arviointitulosten perille viemiseksi. Tässä lehdessä tiedotetaan kaikista niistä kanavista, joilla meihin saa yhteyden (puhelin, faksi, paperiposti ja sähköposti). Kaikki ovat aktiivikäytössä. Käymäänkin voi tulla.


Palautetta kyselyymme on tullut taas kiitettävästi ja kerromme siitä ensi numerossa, jota voitte odotella vielä tämän vuoden puolella. Siinä kerromme tarkemmin myös SBU:n ja muidenkin uusimmista raporteista.

Alussa mainitussa seminaarissa professori Ilkka Niiniluoto tyrmäsi termin tietoyhteiskunta. Ei hätää. Toinen professori Leif Åberg antoi meille uuden mantran: Tietointensiivinen vuorovaikutusyhteiskunta.

Virpi Räisänen

 **Edellinen**

Alkuun

Seuraava 

[Copyright](#) © 1997 FinOHTA / STAKES. All rights reserved.

FinOHTA tukee arviointihankkeita

FinOHTAn toiminnan kaksi pääaluetta ovat arviointitiedon välittäminen sekä korkeatasoisen arviointitutkimuksen edistäminen.

Tutkimustoiminnan edistämiseksi FinOHTA voi tilata omasta aloitteestaan arviointitutkimuksia (omat hankkeet), osallistua ulkopuolisiin, hyviin arviointihankkeisiin (tuetut hankkeet) ja teettää tietystä alueesta perusselvityksiä (selvitykset), joiden pohjalta voi myöhemmin nousta yksittäisiä tutkimusaiheita.

FinOHTAn tuki on taidollista ja taloudellista. Taidollinen tuki tarkoittaa esim. arviointiasiatuntemuksen antamista hankkeitten valmisteluvaiheessa ja niiden seurannassa. FinOHTA nimeää myös kuhunkin tukemaansa hankkeeseen yhteyshenkilöksi asiantuntijan, joka tarvittaessa antaa apuaan. Taloudellinen tuki mahdollistaa mm. terveystaloustieteellisen osaamisen, vaikuttavuuden, sosio-eettisen arvioinnin tai muun tärkeäksi katsotun näkökulman lisäämisen kliniseen tutkimukseen. Tiedonvälitystehtävänsä myötä FinOHTA haluaa edistää myös tutkimustuloksista tiedottamista ja kehittää menetelmiä, joilla voidaan seurata, miten tutkimustulokset vaikuttavat käytäntöön. Tämähän on koko toiminnan ydintavoite.

Arviointitutkimuksen tason turvaamiseksi on määritelty tiettyjä kriteereitä koskien (a) hanketta sinänsä, (b) rahoitusta sekä (c) tutkimuksen tekijöitä. Näitä tarkastellaan, kun harkitaan FinOHTAn osallistumista ehdotettuihin hankkeisiin.

FinOHTAan tulleet ehdotukset arvioidaan aluksi FinOHTAn omien pysyvien asiantuntijoiden toimesta, jonka jälkeen ne käsitellään Terveystalouden menetelmien arvioinnin tieteellisessä toimikunnassa. Lopullisen päätöksen hankkeeseen osallistumisesta tekee STAKESin johtoryhmä. Erityisiä hakuajankohtia ei ole.

Seuraavassa niitä näkökohtia, joita FinOHTAssa pohditaan arviointitutkimuksiin osallistumista tai selvitysten teettämistä harkittaessa. On selvää, että yksittäinen hanke harvoin täyttää kaikki kriteerit.

Tutkimushanke-ehdotus (a)

1. Onko arviointikohteena kansantaloudellisesti merkittävä terveydenhuollon menetelmä?
2. Onko kyseessä kansanterveydellisesti merkittävä ongelma?
3. Onko tutkimusasetelma uskottava?
 - Onko kohde ylipäättään tutkittavissa?
 - Onko tutkimusasetelma järkevä?
4. Sisältääkö tutkimusehdotus hyvän arviointihankkeen osiot ja tavoitteet?
 - Tähtääkö hanke menetelmän vaikuttavuuden arviointiin?
 - Tähtääkö hanke menetelmän kustannus-vaikuttavuus-arviointiin?

- Huomioidaanko hankkeessa menetelmän sosiaaliset, eettiset tai elämänlaatuvaikutukset?

5. Onko tutkimusmenetelmä laadukas?

- Käytetäänkö hyviä tieteellisiä tutkimusmenetelmiä?

- Kuuluuko suunnitelmaan kattava esitutkimus?

- Onko tutkimusaiheesta tehty systemaattinen kirjallisuuskatsaus?

- Onko kliininen tutkimusosuus etenevä, kontrolloitu ja satunnaistettu?

6. Ovatko tutkimustulokset konkreettisesti hyödynnettävissä?

- Voidaanko tutkimukseen uhrattu panostus kattaa saavutettavilla säästöillä?

- Johtaako tutkimus siihen, että terveydenhuollon resursseilla saadaan enemmän terveyttä kansalaisille?

- Voidaanko tutkimustuloksilta odottaa innovatiivisuutta, jota voidaan konkreettisesti käyttää hyväksi uusien tuotteiden kehittämisessä?

- Ovatko tulokset hyödynnettävissä muissa hankkeissa esimerkiksi parempana tutkimusmenetelmänä tai tietopohjana?

Tutkimuksen tekijä/tekijät (b)

- Ovatko tekijät päteviä tutkimaan ko. aihetta?

- Pystyykö tutkimusryhmä toteuttamaan suunnitelman?

Rahoitus (c)

- Onko hankkeen rahoitus oikeassa suhteessa hankkeen tavoitteisiin?

- Onko FinOHTAlle ehdotettu osuus oikeassa suhteessa hankkeen sisältöön?

Lisätietoja antavat kaikki FinOHTalaiset.

Virpi Räisänen

Edellinen

Alkuun

Seuraava

Ajankohtaista ihmisistä ja muusta

Pomo vaihtui FinOHTAssa

FinOHTAa sen alusta asti luotsannut tutkimusprofessori Pekka Karp on siirtynyt seuraavaksi kolmeksi vuodeksi Brysseliin EU:n komissioon. Hän toimii pääosasto XIII:n Health Telematics -yksikössä terveydenhuollon telematiikan tutkimusohjelman asiantuntija- ja hallintotehtävissä. Pekan mandaatti Brysselissä alkoi syyskuun alusta. Yhteystiedot saa FinOHTAn toimistosta.

Pekan tehtäviä FinOHTAn johtajana hoitaa tutkimusprofessori Kalevi Lauslahti, joka on jo aiemmin toiminut FinOHTAn asiantuntijana. Kalevi siirtyi Helsinkiin Turusta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin johtajaylilääkärin tehtävistä.

FinOHTA INAHTAn jäseneksi

Kesäkuun 21. päivänä 1996 pidetyssä INAHTA:n (International Network of Agencies for Health Technology Assessment) kokouksessa San Franciscossa oli esillä myös FinOHTAn jäsenyyshakemus. Vaikka kukaan FinOHTAlaisista ei ollut paikalle, puoltajia oli riittänyt ja niinpä nyt Suomen FinOHTA on virallisesti INAHTA:n jäsen. Käytännössä se merkitsee, että toimitamme muille jäsenille omat raporttimme ja vastaavasti myös saamme automaattisesti muiden verkoston jäsenorganisaatioiden valmistuneet raportit. Tavoitteena on, että käytössämme on tulevaisuudessa ajantasainen rekisteri valmistuneista ja meneillään olevista arviointitutkimuksista. INAHTA:n sihteeristötehtävät siirtyvät nyt Kanadasta Ruotsiin SBU:n (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik) hoidettaviksi.

15D terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuuden mittauksessa?

Kuten edellä tästä lehdestä ilmenee, FinOHTA panee arviointihankkeita arvioidessaan suurta painoa sille, että hankkeessa pyritään terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuuden ja niiden aiheuttamien kustannusten mittaamiseen. Menetelmien vaikuttavuudella tarkoitetaan niillä aikaansaattua muutosta ihmisten terveydentilassa. Terveysdenhuollon menetelmien arvioinnin yleisenä tavoitteena on terveydenhuollon tehokkuuden parantaminen eli terveydenhuollon rajallisten voimavarojen käyttäminen mahdollisimman kustannus-vaikuttaviin menetelmiin.

Arvioinnin painopisteen on siten oltava - jos suinkin mahdollista - sen selvittämisessä, miten potilaille ja heidän terveydentilalleen käy menetelmien käytön seurauksena. Terveysdentilan muutoksia voidaan luonnollisesti mitata lukemattomilla erilaisilla sairausspesifeillä kliinisillä tms. mittareilla. Ne kuitenkin kuvaavat terveydentilan muutoksia hyvin suppeasti eivätkä mahdollista eri sairauksien hoitotulosten vertaamista keskenään, mitä terveydenhuollon tehokkuuden parantaminen edellyttää.

Laajan hyväksynnän onkin saanut näkemys, että terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuutta pitäisi tarkastella muutoksena elämän pituudessa ja laadussa. Terveysdenhuollon tehokkuuden parantamisen näkökulmasta on edelleen välttämätöntä, että elämänlaadun mittauksessa käytetään ns. geneeristä (ei-sairauspesifiä) mittaria eli että elämänlaadun mittauksessa käytetään samaa mittaria riippumatta siitä, mikä sairaus elämänlaadun muutokset on aiheuttanut.

Elämän laadulla 15 ulottuvuutta

Näin ollen erilaisten potilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun muutosta pitäisi mitata yhteismitallisesti luotettavalla ja tarkalla tavalla. Tällaisen mahdollisuuden tarjoaa Suomessa kehitetty 15D-mittari. Se on 15-ulotteinen geneerinen, standardoitu, profiilin ja yhden indeksiluvun tuottava terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari. Mittari on herkkä ja validoitu ja se on osoittautunut käytännössä luotettavaksi ja helppokäyttöiseksi. Toimivan mittarin kehittäminen ei käy käden käänteessä, ja 15D:nkin kehittäminen vaatii noin 15 vuotta. Mittarista on olemassa kaksi versiota, joista suositellaan käytettäväksi uudempaa versiota.

15D:n elämänlaadun ulottuvuudet

*liikkuminen,
näkö,
kuulo,
hengitys,*

*nukkuminen,
syöminen,
puhuminen,
eritystoiminta,
tavanomaiset toiminnot,
henkinen toiminta,
vaivat ja oireet,
masentuneisuus,
ahdistuneisuus,
energisyys ja
sukupuolielämä*

Kukin mittarissa käytetty elämän laadun ulottuvuus on jaettu viiteen tasoon, joilla erotetaan enemmän tai vähemmän kutakin mitattavaa ominaisuutta (1. taso = ei ongelmia, 5. taso = huonoin tila). Esimerkkinä on alla esitetty *liikuntakyky*-ulottuvuuden tasot.

KYSYMYKSET 1. Liikuntakyky

- 1 () pystyn kävelemään normaalisti (vaikeuksitta) sisällä, ulkona ja portaissa
- 2 () pystyn kävelemään vaikeuksitta sisällä, mutta ulkona ja/tai portaissa on pieniä vaikeuksia
- 3 () pystyn kävelemään ilman apua sisällä (apuvälinein tai ilman), mutta ulkona ja/tai portaissa melkoisin vaikeuksin tai toisen avustamana
- 4 () pystyn kävelemään sisälläkin vain toisen avustamana
- 5 () olen täysin liikuntakyvytön ja vuoteenoma

Mittarin tuottama yksi indeksiluku välillä 0-1 osoittaa erilaisten terveydentilojen elämänlaadullista hyvyyttä tai huonoutta (1=ei mitään ongelmia, 0=kuollut) suomalaisen aikuisväestön kokemana. 15D:n pohjalta on kehitetty myös 8-11- ja 12-15-vuotiaille lapsille soveltuvat versiot (Apajasalo ym. 1996).

Käyttäjätietämyksiä?

Elämänlaadun mittaaminen 15D:llä on osoittautunut helpoksi: mittauksen kohteena olevat henkilöt täyttävät kyselylomakkeen, josta he rastittavat kultakin ulottuvuudelta sen tason, joka parhaiten kuvaa heidän terveydentilaansa kyseisenä päivänä. Tämä vie aikaa noin 5-10 minuuttia. Vastaukset tallennetaan tietokoneelle, jossa niihin yhdistetään profiiliin ja indeksiluvun laskemisessa tarvittavat arvotukset. Vertaamalla yksilön/ryhmän terveysprofiileja eri aikoina (esim. ennen ja jälkeen hoidon) nähdään, millä ulottuvuuksilla muutoksia on tapahtunut. Vertaamalla indeksilukuja nähdään, onko elämänlaadussa kaiken kaikkiaan tapahtunut muutosta parempaan tai huonompaan suuntaan (indeksiluku suurempi/pienempi kuin aiemmin). Profiilien ja indeksilukujen vertailuun on saatavissa myös väestöreferenssejä (Rissanen ym. 1995, Sintonen & Arinen 1996). Vastausten tallennukseen, arvotusten liittämiseen, profiilien piirtämiseen, indeksilukujen laskemiseen ja perusanalyysiin on saatavissa myös tietokoneohjelma.

Käytännössä 15D-kyselylomakkeen käyttömyönteisyys on osoittautunut hyväksi. Postikyselyissä vastausprosentti on ollut 70-80 - jaettaessa ja kerätessä lomakkeet muilla tavoin on päästy vielä

huomattavasti korkeampiin prosentteihin. Ulottuvuuksittain täyttöprosentti on ollut 96-100 eli sama kuin SF-20:llä (USA:ssa kehitetty mittari) ja hieman parempi kuin Nottingham Health Profilella (NHP), joka on kehitetty Englannissa.

15D-kyselylomakkeen toistettavuus (test-retest reliabiliteetti) on korkea (toistettavuuskerroin 92-100%). Teoreettinen ja empiirinen tutkimus on osoittanut, että 15D:n validiteetti on hyvä erilaisten validiteettikriteerien valossa.

Terveydentilan profiilimittari

Mittarin herkkyydestä voidaan todeta, että teoreettisesti mittari määrittelee yli 30 miljardia erilaista terveydentilaa (profiilia). Empiirisen tutkimuksen valossa mittarin herkkyys on erottelukyvylä (discriminatory power) tarkasteluna vertailukelpoisilla ulottuvuuksilla parempi kuin NHP:llä ja ainakin yhtä hyvä kuin SF-20:lla ja selvästi parempi kuin EuroQol:lla. 15D:n herkkyys on muutosvasteella (responsiveness to change) tarkasteluna vertailukelpoisilla ulottuvuuksilla samanlainen kuin NHP:lla ja SF-20:llä. 15D tarjoaa suuren erottelukyvyn ja muutosvasteen reservin. 15D näyttää myös tarjoavan korkean reliabiliteetin, erottelukyvyn ja muutosvasteen samanaikaisesti, mikä on tärkeä ominaisuus erityisesti terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuuden arvioinnissa.

SF-20, SF-36 ja NHP ovat pelkästään terveydentilan profiilimittareita. Jos niitä käytettäessä joillakin ulottuvuuksilla tapahtuu muutosta parempaan, joillakin huonompaan, ei ole mahdollista sanoa, onko nettomuutos ollut parempaan vai huonompaan - siihen tarvitaan asianmukaisesti arvoitettua yhden indeksiluvun mittaria.

Elämän laatu yhdellä luvulla

15D:n arvottamiseen kehitetty, moniulotteiseen utiliteettiteoriaan perustuva arvotusmenetelmä tuottaa elämänlaadulle yhden indeksiluvun. Erilaiset validiteettitestit ovat tuottaneet näyttöä siitä, että 15D:n indeksiluvut osoittavat uskottavampaa 'vaihtokurssia' (trade-off) elämän pituuden ja laadun välillä kuin esim. EuroQol, Quality of Well-Being Index (QWB) ja Health Utility Index (HUI). 15D:n tuottamia indeksilukuja voidaan validilla tavalla yhdistää myös elämän pituudessa tapahtuviin muutoksiin ja näin voidaan arvioida laatu-painotettuja lisäelinvuosia eli QALYja. Täten 15D tuottamia indeksilukuja voidaan käyttää joko sellaisenaan tai QALYiksi yhdistettynä terveydenhuollon menetelmien kustannus-vaikuttavuus- ja utiliteettianalyyseissa.

Käytännön sovelluksia 15D:n käytöstä

15D:tä on käytetty ja käytetään kymmenissä arviointi- ym. hankkeissa Suomessa ja muissa maissa. Esimerkkejä arviointihankkeista ovat tekonivelleikkaukset, joista Pekka Rissanen raportoi tässä lehdessä sekä FinOHTAn tukemista hankkeista astman itsehoidon intensiivisen ja tavanomaisen potilasopetuksen ja -ohjauksen taloudellinen arviointi, DIPP (vastasyntyneen diabetesriskin geneettisen seulonnan vaikutus vanhempien elämänlaatuun) sekä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksen arviointi.

Harri Sintonen

Kirjallisuutta

Apajasalo M, Sintonen H, Holmberg C. ym. (1996) Quality of life in early adolescence. A sixteen-dimensional health-related measure (16D). *Quality of Life Research* (painossa).

Apajasalo M, Sintonen H, Holmberg C. ym. (1996) Quality of life in pre-adolescence: A seventeen-dimensional health-related measure (17D). *Quality of Life Research* (painossa).

Rissanen P, Sintonen H, Pekurinen M. (1995) 15D terveyteen liittyvän elämänlaatumittarin, visuaalisen analogiamittarin ja koetun terveydentilan arvot aikuisikäisessä normaaliiväestössä. *Sosiaalilääket Aikak* 32, 207-211.

Sintonen H. (1981) An approach to measuring and valuing health states. *Soc Sci Med* 15C, 55-65.

Sintonen H. (1994) The 15D-measure of health-related quality of life. I. Reliability, validity and sensitivity of its health state descriptive system. National Centre for Health Program Evaluation, Working Paper 41, Melbourne.

Sintonen H. (1995) The 15D-measure of health-related quality of life. II. Feasibility, reliability and validity of its valuation system. National Centre for Health Program Evaluation, Working Paper 42, Melbourne.

Sintonen H, Arinen S. (1996) The health status of the Finns measured by 15D in 1992 and 1995. A paper presented at the Nordic Health Economists' Study Group Meeting, Copenhagen, August 23-24.

Sintonen H, Pekurinen M. (1989) 15D - Askel kohti terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaria. *Sosiaalilääket Aikak* 26:85-96.

Sintonen H, Pekurinen M. (1993) A fifteen dimensional measure of health-related quality of life (15D) and its applications. In Walker SR, Rosser RM. (Eds.) *Quality of life assessment. Key issues in the 1990s*. Kluwer, Dordrecht, 185-195, 467-470.

Edellinen

Seuraava

Alkuun

Laparoskooppiset leikkaustekniikat odottavat lopullista asemaansa

Mini-invasiivinen leikkaustekniikka on vallannut hyvin nopeasti asemia perinteisiltä avoleikkauksilta. Selvimmin tämä muutos käy ilmi HILMOsta (STAKESin hoitoilmoitusrekisteristä), jonka mukaan muutamat suomalaiset sairaalat ovat esimerkiksi sappirakonpoistoleikkausten kohdalla siirtyneet pelkästään laparoskooppiseen tekniikkaan.

Kuten kaikissa muutoksissa yleensä aikanaan tapahtuu, myös tähystyskirurgiassa on syntynyt tietynlainen reaktio. Arvostetuissa julkaisusarjoissa on käsitelty mm. laparoskooppisen tyräkirurgian etuja, josta Risto Roine raportoi erikseen tässä numerossa. Keväällä Lancet julkaisi Majeedin sappikirurgiasarjan (Lancet 347:989-994, 1996), jonka loppupäätös oli varmaan monen mielestä odottamaton: ”Laparoskooppinen kolekystektomia kestää pidempään kuin pienestä viillosta tehty sappirakon [konventionaalinen] poistoleikkaus. Laparoskooppinen toimenpide ei tarjoa mitään merkitseviä etuja sen enempää sairaalahoidon keston kuin potilaan toipumisnopeudenkaan kannalta”. Kannattaa painottaa, että Majeedin sarja oli satunnaistettu - kuten muutamat muutkin ennen sitä - mutta myös sokkoutettu: edes potilas ei laikkaussalista tullessaan tiennyt, kätkikö hänen ylävatsalleen asetettu side lyhyen sappiviillon vai laparoskopian edellyttämät instrumenttien sisäänvientiaukot.

Oli jo ennalta selvää, että tällainen dissidentti tutkimustulos nostattaisi vastalauseiden myrskyn. Ja myrskytuuli puhalsi kahta puolta Atlanttia (Lancet 347:1621-1624, 1996). Majeedin tutkimusasetelmassa voitiinkin osoittaa joitakin puutteita. Lienee tässä vaiheessa parasta tyytyä yhden opponijaryhmän päätelmään, jonka mukaan laparoskooppisen kolekystektomian edut pienen viillon avosappileikkaukseen verraten ovat vielä lopullisesti muotoutumatta.

Laparoskooppista tekniikkaa on sovellettu myös hysterektomiaan (kohdunpoistoleikkaus). Tuoreessa artikkelissa (N Engl J Med 335:476-482, 1996) verrattiin kolmen eri kohdunpoistomenetelmän kustannuksia, yksi näistä oli alatiemenetelmä, jota avustettiin laparoskooppisesti. Tutkimuksen lopputulos oli se, että laparoskooppisesti avustetun hysterektomian kustannukset kasvoivat sekä tavalliseen vaginaaliseen (emättimen kautta tehty) että abdominaaliseen (vatsa avaamalla tehty) menetelmään verrattuina. Kustannuslisä johtui lähinnä kertakäyttömateriaalin kalleudesta ja leikkausajan pidentymisestä, joiden synnyttämiä kustannuksia lyhentynyt sairaalahoidoaika ei kyennyt kompensoimaan.

Martti Kekomäki

[Copyright](#) © 1997 FinOHTA / STAKES. All rights reserved.

Miten amerikkalainen kirurgi haluaisi nivustyränsä leikattavan?

*American Medical Association: Diagnostic and Therapeutic Technology Assessment
Jacoby HI, Brodie DA. **Laparoscopic herniorrhaphy***

Yhdysvalloissa tehdään vuosittain arviolta 500 000 - 700 000 nivustyrän korjausleikkausta. Näistä noin 50 000 - 100 000: n oletetaan kohdistuvan uusiutuneeseen tyrään, joskaan nivustyrän leikkauksen jälkeisestä uusiutumisfrekvenssistä ei ole tarkkaa tutkimustietoa. Vaikka leikkaus sinänsä on pieni ja voidaan monesti tehdä paikallispuudutuksessa päiväkirurgisena toimenpiteenä, vaatii se useimmiten kohtalaisen pitkän sairausloman ja aiheuttaa näin työajan menetystä. Englantilaisessa tutkimuksessa haastatellut kirurgit suosittelivat sairausloman pituudeksi keskimäärin 4.4 viikkoa ja yleislääkärit 6.2 viikkoa, mutta potilaatpa olivatkin poissa töistä keskimäärin 7 viikkoa.

Laparoskooppinen kirurgia on viime aikoina voimakkaasti yleistynyt, vaikka todellinen näyttö sen hyödystä konventionaaliseen kirurgiaan verrattuna edelleen puuttuu. Koska usko laparoskooppisen kirurgian etuihin on kuitenkin sitkeä, on laparoskopia työntymässä myös nivustyräleikkausten menetelmäksi mm. siinä toivossa, että potilaan leikkauksen jälkeen kokemat vaivat vähenisivät ja sairausloman tarve lyhenisi.

Saman kirurgin tai kirurgiryhmän tekemiä laparoskooppisia ja avoimia tyräleikkauksia on verrattu toisiinsa kuudessa tutkimuksessa, joista neljässä potilaat oli randomisoitu jompaankumpaan leikkausryhmään. Leikkaustulokset eivät poikenneet merkittävästi toisistaan ja kipulääkityksen ja sairausloman tarve oli ainakin joissakin tutkimuksissa vähäisempi laparoskoopin kautta leikatuilla. Potilasmäärät olivat kaikissa tutkimuksissa kuitenkin kohtalaisen pienet (57-150), joten lopullista totuutta laparoskooppisen nivustyräleikkauksen hyödyistä saadaan vielä odottaa. Ehkä se saadaan suunnitellun kansainvälisen tutkimuksen myötä.

Uusia tutkimustuloksia odottaessa on kuitenkin mielenkiintoista tietää yhdysvaltalaisen kirurgien asenteesta laparoskooppiseen tyrän korjaukseen. Yhteensä 75:lle valitulle panelistille lähetettiin nimittäin ensin asiaa koskeva, Amerikan Lääkäriyhdistyksen (AMA) asiantuntijoiden laatima, Medline-hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus (jonka kolme laparoskooppiseen nivustyräkirurgiaan perehtynyttä kirurgia oli tarkastanut), minkä jälkeen heitä pyydettiin vastaamaan sekä saamansa informaation että omien kokemustensa perusteella seuraaviin kysymyksiin:

1. Onko laparoskooppinen nivustyränleikkaus
(A) turvallinen ja (B) tehokas primaarin nivustyrän hoitokeino?
2. Onko laparoskooppinen nivustyränleikkaus
(A) turvallinen ja (B) tehokas molemminpuolisen nivustyrän hoitokeino?
3. Onko laparoskooppinen nivustyränleikkaus

(A) turvallinen ja (B) tehokas uusiutuneen nivustyrän hoitokeino?

4. Onko laparoskooppinen nivustyränleikkaus

(A) turvallinen ja (B) tehokas tapa vähentää leikkauksen jälkeistä kipua ja toipumisaikaa?

Vastaukset pyydettiin arviomaan numeroasteikolla +2 - -2, jossa +2 tarkoitti, että menetelmä on vakiintunut, +1 että se on lupaava, 0 että se on kokeellinen, -1 että sen merkitys on kyseenalainen ja -2 että sen käyttö ei ole hyväksyttävissä.

Vastaukset saatiin yhteensä 47 kirurgilta, joiden mielestä laparoskooppinen nivustyräleikkaus on kahdessa indikaatiossa - nimittäin primaarisen ja molemminpuolisen nivustyrän korjauksessa - turvallisuutensa puolesta lupaava (+1) ja tehonsa puolesta kokeellinen (0). Uusiutuneen nivustyrän korjauksessa laparoskooppista leikkausta pidettiin sekä turvallisuutensa että tehonsa puolesta kokeellisena (0) menetelmänä. Laparoskooppisen menetelmän kykyä vähentää leikkauksen jälkeistä kipua ja toipumisaikaa pidettiin lupaavana (+1). Mielenkiintoista on, että kysyttäessä kumman leikkausmenetelmän kirurgit valitsisivat jos olisivat itse pienen, toispuolisen nivustyrän korjauksen tarpeessa, kannatti 91% avointa ja vain 9% laparoskooppista leikkausta. Sillä, oliko kirurgilla itsellään kokemusta laparoskooppista leikkauksista, ei ollut vaikutusta tähän valintaan.

Risto Roine

Edellinen

Alkuun

Seuraava

Yhdysvaltalainen konsensuslausuma sisäkorvaimplanttien käytöstä lapsilla ja aikuisilla

Mikä sisäkorvaimplantti on?

Sisäkorvaimplantti (cochlear implant) on elektroninen laite, joka tuottaa ääni-informaatioita sisäkorvatyyppisestä eli sensorineuraalisesta kuuloviasta (vika on sisäkorvassa tai kuulohermossa) kärsiville aikuisille tai lapsille. Kolmikymmentävuotisen historiansa aikana sisäkorvaimplantti on kehittynyt yksikanavaisesta monikanavaiseksi, useita elektrodeja käsittäväksi ja aikaisempaa paremmin ääni-informaatioita välittäväksi laitteistoksi.

Tavallisesta kuulolaitteesta (joka vain vahvistaa ääntä) sisäkorvaimplantti poikkeaa siinä, että se välittää ääni-informaatiota stimuloimalla suoraan sisäkorvan kuulohermoa. Laitteisto koostuu sisäisestä, kirurgisesti ihon alle asetettavasta yksiköstä (vastaanotin / stimulaattori ja elektrodit) ja ulkoisesta yksiköstä (puheprosessori, lähetinsilmukka, mikrofoni, kaapelit). Mikrofoni vastaanottaa ääniaallot ja välittää ne edelleen puheprosessoriin, joka muuttaa äänen elektroniseksi signaaliksi. Signaali kulkee lähettimen avulla ihon läpi vastaanottimeen, siitä edelleen elektrodeihin, jotka stimuloivat kuulohermoa ja kuulohermoa pitkin aivoihin, jotka pystyvät tulkitsemaan signaalin ääneksi.

Sisäkorvaimplantin asentaminen korvaan on uusi teknologia, joka on osoittautunut tehokkaaksi vaihtoehdoksi sekä synnynnäisen että hankitun kuurouden hoidossa. Kautta maailman ainakin 12 000 ihmistä on saanut jonkinlaisen kuulokyvyn sisäkorvaimplantin avulla, ja monikanavaisesta sisäkorvaimplantista on tullut laajalti hyväksytty teknologia niin aikuisten kuin lastenkin kuurouden hoidossa.

Kaikki eivät kuitenkaan suhtaudu sisäkorvaimplantin käyttöön suopeasti. Tämä on Suomessakin käynyt ilmi mm. lehtien yleisönosastokirjoituksissa. Yhdysvaltain kansallisen terveystieteiden instituutin (National Institutes of Health) neljäntoista alaan perehtyneen asiantuntijan laatima konsensuslausuma onkin tervetullut lisä selventämään kyseisen teknologian tämän hetkistä asemaa.

Konsensuslausumassaan (17.05.96) asiantuntijat toteavat mm. seuraavaa:

Sisäkorvaimplantin asentaminen parantaa useimman vaikeasta kuulonalentumasta tai täydellisestä kuuroudesta kärsivän aikuisen kommunikaatiomahdollisuuksia ja tuottaa näin sekä psykologista että sosiaalista hyötyä. Suurin hyöty on todettu aikuisilla, jotka ovat kuuroutuneet puheen oppimisen jälkeen. Ennen puheen oppimista kuuroutuneille uusi teknologia tarjoaa tärkeän mahdollisuuden kuulla ympäristön ääniä. Lasten kohdalla tulokset ovat vaihtelevampia, mutta heilläkin tapahtuu puheen ymmärtämisessä ja tuottamisessa asteittaista parantumista. Kaikille sisäkorvaimplantti ei kuitenkaan sovi.

** Tällä hetkellä sisäkorvaimplantin asentamista harkitaan vaikeasti kuulovammaisten yli*

kaksivuotiaiden lasten ja aikuisten hoidossa. Teknologiaa pitäisi kuitenkin käyttää hyväksi myös niiden huonokuuloisten aikuisten hoidossa, joiden kuulo on voimakkaasti alentunut ja puheenerotuskyky ei muilla apuvälineillä parane yli 30%:iin. Lasten kohdalla voitaisiin ikärajaa teoriassa alentaa, mutta tutkimustiedon toistaiseksi puuttuessa ei sitä tällä hetkellä suositella. Tutkimustiedon lisääntyessä voi suositellun ikärajan alentaminen olla tarpeen.

** Sisäkorvaimplantin aikaansaamassa kuulokyvyn paranemisessa on yksilöllisiä vaihteluja. Tutkimustulosten valossa vaikuttaa siltä että parhaat tulokset saavutetaan henkilöillä, joilla 1) kuurouden kesto on lyhyt, 2) jotka ovat oppineet puhumaan ennen kuulon menetystä, ja 3) jos eivät ole oppineet puhumaan, siirto tehdään ennen kuudetta ikävuotta. Kuulon menetyksen syy ei sen sijaan vaikuta saavutettaviin tuloksiin.*

** Sisäkorvaimplantin hyödyntämiseksi parhaalla mahdollisella tavalla täytyy sekä hoidetuille aikuisille että lapsille taata optimaalinen koulutus ja kuntoutus.*

** Uuden polven sisäkorvaimplantit ovat selvästi aikaisempia laitteita parempia.*

** Sisäkorvaimplantin asentamiseen liittyy vähän komplikaatioita ja laitteet ovat luotettavia.*

** Useimmat sisäkorvaimplantit estävät magneettikuvausten (MRI) tekemisen, josta käyttäjien ja lääkäreiden tulee olla tietoisia.*

** Ihon päälle asennettavat liittimet tarjoavat monia kliinisiä ja tutkimuksellisia hyötyjä, eikä niiden käytöstä pitäisi luopua.*

Risto Roine

Lähteet: American Medical Association: Technology News, Vol 9, Nro 2, March 1996

The Journal of the American Medical Association (JAMA) 274:1955-1961,1995

Koko teksti löytyy myös internetistä osoitteessa: <http://text.nlm.nih.gov/nih/cdc/www/100cvr.html>

Edellinen

Seuraava

Alkuun

Terveystaloustieteen alan väitöskirja:

Lonkan ja polven tekonivelleikkausten kustannus- vaikuttavuus

Erikoistutkija Pekka Rissasen (STAKESin Terveystalouden tutkimusyksikkö) väitöskirja tarkastettiin 14.6.1996 Kuopion yliopistossa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli toisaalta selvittää lonkan tai polven totaaliendoproteesin asentamisen vaikutukset terveyteen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun sekä toimenpiteiden kustannukset. Toisaalta haluttiin tutkia em. tekonivelleikkausten vaikutusten, kustannusten ja kustannusvaikuttavuuden vaihtelua potilasryhmittäin.

Kolme tutkimusasetelmaa

Tutkimuksessa käytettiin kolmea tutkimusasetelmaa. Ensin vertailtiin jo leikattujen ja vielä leikkausta odottavien potilaiden kipuja, terveydentilaa, toimintakykyä ja elämänlaatua. Otokseen otettiin potilaita, joiden polvi tai lonkkanivel leikattiin ensimmäistä kertaa primaarin artroosin takia. Kaikille potilaille oli asennettu leikkauksessa totaaliendoproteesi.

Toisessa tutkimusasetelmassa seurattiin samanlaista potilasryhmää kahden vuoden ajan. Tähän aineistoon oli koottu 276 lonkka ja 176 polvipotilasta seitsemästä sairaalasta. Heille tehtiin kysely ennen leikkausta sekä puoli vuotta, vuosi ja kaksi vuotta leikkauksen jälkeen. Tällä tutkimusasetelmalla selvitettiin vaikuttavuuden ja kustannusten potilaskohtaista vaihtelua.

Kolmannessa tutkimusasetelmassa selvitettiin hoitojakson pituuden potilas ja sairaalakohtaista vaihtelua koko maan kattavalla rekisteriaineistolla. Aineisto koottiin vuosina 1988-1992 leikatuista lonkka ja polvipotilaista yhdistämällä Implanttirekisterin ja Poistoilmoitusrekisterin tiedot.

Elämän laatu parani - mittareiden tuloksissa eroa

Sekä lonkan että polven tekonivelleikkaukset vähensivät kipua, kohensivat potilaiden kykyä selviytyä päivittäisistä toimista ja paransivat selvästi heidän elämänlaatuaan. Lonkkapotilaat hyötyivät keskimäärin polvipotilaita enemmän leikkauksestaan. Kun leikkausta edeltävä tilanne vakioitiin, lonkkaleikkauksesta hyötyivät eniten pisimmän koulutuksen saaneet henkilöt. Sen sijaan ikä ei vaikuttanut lonkkaleikkauksesta hyötymiseen, päinvastoin kuin polvileikkauksissa, joista iäkkäimmät potilaat hyötyivät vähiten.

Potilaiden elämänlaatua mitattiin kahdella yleisellä mittarilla, Nottingham Health Profile (NHP) mittarilla ja 15D mittarilla (mittarista kerrotaan erikseen tässä lehdessä). Näiden mittareiden mukaan potilaiden elämänlaatu kehittyi lonkka ja polvileikkauksien tuloksena samansuuntaisesti, toisin

sanoen mittarit antoivat jokseenkin samankaltaisen kuvauksen elämänlaadun muutoksista. Kuitenkin havaittiin, että mittarit tuottivat erilaisia arvioita lonkka ja polvipotilaiden elämän laadusta. NHP:lla mitattu elämänlaadun muutos oli useammin positiivinen kuin 15D:lla mitattu. Havainto on tärkeä terveydenhuollon toimenpiteiden arvioinnin kannalta, sillä se viittaa siihen, että mittarin valinta vaikuttaa tulokseksi saatavaan vaikuttavuusarvioon ja sen kautta myös kustannus vaikuttavuuteen.

Potilaiden hoitojakson keskimääräinen pituus vaihteli sairaaloittain noin viikosta kolmeen viikkoon. Potilaista johtuva vaihtelu oli selvästi vähäisempää sairaalakohtaiseen vaihteluun verrattuna. Potilaiden iällä oli vaikutusta hoitojakson pituuteen. Komplikaatiot, kuten nivelen sijoiltaanmeno ja infektio, pidensivät luonnollisesti hoitojaksoja. Erityismaksuluokan potilailla oli muita lyhyemmät hoitoajat. Sairaalakohtaista vaihtelua selitti jonkin verran sairaalassa suoritettujen leikkausten määrä: julkisissa sairaaloissa, joissa oli suuri leikkausvolyyymi, hoitoajat olivat muita lyhyemmät.

Lonkat kannattaa korjata - polvileikkauksia kohdennettava tarkemmin

Lonkan tekonivelleikkaukset olivat keskimäärin kustannus vaikuttavampia kuin polven leikkaukset. Kuitenkin alle 60 vuotiaiden potilaiden polvileikkausten kustannus vaikuttavuussuhde oli yhtä hyvä kuin lonkkapotilailla keskimäärin. Yli 70 vuotiaiden potilaiden polvileikkaukset olivat vähiten kustannus vaikuttavia.

Yksi tutkimuksen johtopäätös on, että voimavaroja voidaan käyttää tehokkaammin kohdentamalla erityisesti polven tekonivelleikkauksia tarkemmin. Toisaalta hoitojaksojen pituuden huomattava sairaalakohtainen vaihtelu saattaa ilmentää sitä, että tekonivelleikkausten kustannus vaikuttavuudessa on myös sairaalakohtaisia eroja. Tämän tarkempi tutkiminen edellyttää hoitotulosten vertailua sairaaloiden kesken, mutta tähän tarvittavaa tietoa ei ole tällä hetkellä saatavissa. Toinen johtopäätös on, että kustannus vaikuttavuus-analyysien tulokset saattavat olla herkkiä sille, mistä hoitavasta yksiköstä tutkittavat potilaat on koottu. Kansallisella tasolla voitaisiin käyttää monikeskustutkimuksia tämän harhan poistamiseen. Tässä tutkimuksessa havaittiin kuitenkin, että sairaalakohtainen kustannusten vaihtelu ei juuri vaikuttanut saatuihin kustannus vaikuttavuustuloksiin. Tämä johtui siitä, että tutkimuksessa käytettyjen seitsemän sairaalan potilasjoukot olivat keskenään hyvin samankaltaisia.

Lonkka ja polvileikkaustulokset ryhmiteltiin lopuksi kustannus vaikuttavuuden perusteella. Tällöin havaittiin, että kustannus vaikuttavuusjärjestykseen vaikuttivat paitsi suoritettu toimenpide, myös potilaskohtaiset tekijät, tässä tutkimuksessa ikä. Johtopäätöksenä todettiin, että vain toimenpiteeseen perustuva priorisointi ei jaa voimavaroja tehokkaimmalla tavalla ortopediassa, vaan myös potilaskohtaiset erot on huomioitava. Jos voimavarat kohdennetaan lonkka tai polvileikkauksiin vain niiden keskimääräisen kustannus vaikuttavuuden perusteella, osa polvipotilaista voisi vaatia leikkausta itselleen yksinomaan tehokkuus-perusteilla, puhumattakaan muista, esimerkiksi oikeudenmukaisuuteen pohjautuvista, perusteista.

Pekka Rissanen

Lisätiedot: Pekka Rissanen puh. 09-39672280

A l k u u n

[Copyright](#) © 1997 FinOHTA / STAKES. All rights reserved.

Lääkelaitoksen julkaisusarja 5/1996

Tekonivelleikkaukset 1995

Juha Nevalainen, Anu Hirvonen, Pekka Paavolainen, Pekka Pulkkinen

Lääkelaitos on julkaissut raportin, jossa selvitetään endoproteesirekisterin pohjalta erityisesti lonkka- ja polvitekonivelleikkausten määriä sairaaloittain ja uusintaleikkauksia sairaanhoitopiireittäin. Raportista selviävät myös mm. uusintaleikkausten syyt.

Raportin jakelu:

Lääkelaitos / Terveystieteiden tutkimuskeskus ja tarvikkeet -yksikkö

PL 278, 00531 HELSINKI

Puh: (09) 3967 2535

Edellinen

Alkuun

Seuraava

Tutkimustoiminta

Käynnissä olevat ja käynnistyvät FinOHTAn tukemat hankkeet

Rintasyöpäseulonnan kustannus-vaikuttavuus tutkimus

Vastaava tutkija: LL, Ktm Tiina Leivo, Helsingin yliopisto/Kansanterveystieteen laitos

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää rintasyöpäseulonnan kansantaloudellinen kokonaiskustannus ja suhteuttaa se seulonnalla saavutettaviin etuihin. Kustannus-vaikuttavuuden mittarina käytetään seulonnalla löydetyn rintasyövän ja seulonnalla säästetyn elinvuoden yksikköhintaa. Samalla selvitetään mammografiatoiminnan organisointia ja toteutusta kokonaiskustannusten muodostumisen kannalta. Tutkimuksella pyritään myös selvittämään kaksoisluennan kustannus-vaikuttavuutta.

Prospektiivinen, randomisoitu nilkkamurtumien hoitotutkimus

Vastaava tutkija: LL Hannu Lehtonen, TAYS

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää leikkauksella hoidettujen nilkkamurtumien (Weber A/B) hoitotulosten riippuvuutta nilkan immobilisaatiotavasta: joko täysin jäykäksi kipsi- tai lasikuitusaappalla tai liikkeen sallivaksi tukevalla ilmatyynyortoosilla. Tutkimus on satunnaistettu ja etenevä. Seuranta on suunniteltu kahden vuoden mittaiseksi.

Vanhusten reisiluun yläosien murtumisen ehkäisy lonkkasuojaimen avulla

Vastaava tutkija: dosentti Pekka Kannus, UKK-instituutti

Tähän mennessä toteutetut vanhusten reisiluun yläosan murtumien ehkäisytoimenpiteet eivät ole tuottaneet toivottua tulosta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ulkoisen lonkkasuojaimen teho murtumien ehkäisyssä. Tehon lisäksi selvitetään vanhusten halukkuutta käyttää suojainta sekä hoitohenkilöiden kokemuksia lonkkasuojaimen käytöstä.

Telelääketieteen arviointihanke (Pohjois-Pohjanmaan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirit)

Vastaava tutkija: erikoislääkäri Jarmo Reponen, Ppshp

Hankkeen tarkoituksena on laatia tutkimussuunnitelmat eräiden telelääketieteen sovellusten vaikuttavuuden ja kustannusten arvioimiseksi. Hankkeen kohteina ovat patologian, psykiatrian, radiologian, silmätautien ja kirurgian sovellukset.

Diabeteksen ennustaminen ja ehkäisy: Diabeteksen kustannusten mallintaminen (jatkotyöskentely)

Vastaava tutkija: professori Olli Simell / Turun yliopisto

Tässä tutkimusosiossa pyritään selvittämään diabeteksen ehkäisyyn tähtäävän hoidon tehokkuus ja vaihtoehtoiskustannukset kustannus-hyöty ja kustannus-vaikuttavuusanalyysillä. Tämä edellyttää taudin kulun myötä syntyvien kustannusten mallintamista.

Raportteja maailmalta

AHTAC (Australian Health Technology Advisory Committee)

- * Superspecialty service guidelines for liver transplantation services (July 1995)
- * Superspecialty service guidelines for adult heart transplantation services (January 1996)
- * Paediatric heart transplantation - review of Nationally Funded Centre status (February 1996)
- * Pancreas transplantation - review of Nationally Funded Centre status (February 1996)
- * Prostate cancer screening (1996)

SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodisk)

- * Strålbehandling vid cancer, Volym 1: Huvudrapporten, Volym 2: Litteraturgranskning. (September 1996)

E d e l l i n e n

A l k u u n

S e u r a a v a

Näköpiirissä

* **1st International Conference on Priorities in Health Care**, 13.-16.10.1996, Tukholma

* **Selkäsairaudet: Konsensuskokous** 14.-16.10.1996, Espoo

Tiedustelut ja ilmoittautumiset: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (09) 618 851

* **MEDNET, European Congress of the Internet in Medicine** 14.-17.10.1996, Brighton, UK

* **Geroteknologian maailmankongressi** 15.-17.10.1996, Helsinki

Tiedustelut: Annikki Korhonen (09) 3967 2094

* **Terveystaloustieteen päivä** 7.2.1997, Helsinki

Järjestäjä: Terveystaloustieteen seura ry

Aihe: "Lisääntykö eriarvoisuus terveydenhuollossa?"

Pääteemaa koskevien yleisesitysten lisäksi seminaarissa esitellään uusinta suomalaista terveystaloustieteen tutkimusta. Tilaisuus on tarkoitettu kaikille terveystaloustieteestä kiinnostuneille. Terveystaloustieteellistä tutkimusta tekeviä tutkijoita ja tutkijaryhmiä, jotka haluavat esitellä seminaarissa tutkimustuloksiaan tai käynnissä olevia hankkeitaan, pyydetään lähettämään esityksestään enintään neljä sivua pitkän LYHENNELMÄN Itsenäisyyspäivään 6.12.1996 mennessä. Lyhennelmät julkaistaan monisteessa, joka jaetaan seminaarin osallistujille. Siksi lyhennelmät pyydetään toimittamaan paperikopiona ja levykkeenä (WP tai WORD -formaattissa). Lyhennelmät postitetaan osoitteeseen

STAKES

Terveydenhuollon tutkimusyksikkö/ Kerppilä

PL 220, 00531 Helsinki

Tiedustelut: Hannu Valtonen puh. (09) 3967 2425, Pekka Rissanen puh.(09) 3967 2280, Satu Kerppilä puh. (09) 3967 2262

* **ISTAHC**

25.-28.5.1997 Barcelona, Espanja

Alustava ohjelma:

Preconference

25th May: Sunday

- Activities related to health technology assessment and cross-national initiatives: Boundaries and meeting points (EUR-ASSESS, HARMET, INAHTA, COCHRANE, Health Outcome Movements)

Conference:

26th May: Monday

Plenary: Using health technology assessment to define the provision and payment of health care services

1st Panel: The place of needs assessment in the health technology assessment process

2nd Panel: Applying health technology assessment in everyday clinical practice

3rd panel: Do we need to change the way we regulate medical technologies?

27th May: Tuesday

Plenary: Is technology assessment sophisticated enough to provide answers that can be useful to clinical practitioners?

1st Panel: The place of outcomes research in health technology assessment

2nd Panel: How can we carry out the ethical evaluation of health technologies?

3rd Panel: Health technology assessment in developing countries: challenges and drawbacks.

28th May: Wednesday

Plenary: How technology assessment will face next century's challenges?

1st Panel: The integration of stakeholders in the health technology assessment process

2nd Panel: From the gold standard to the best design: advances in research methods in technology assessment

3rd Panel: Journal policies in the publication of health services research

Postconference courses

29th, 30th, 31st May

1. Methods of technology assessment : from needs assessment to impact assessment.

2. Ethics and evaluation: The case-study based approach

3. Outcomes research for decision makers in government, third-party payers and industry

Paper sessions

- Needs assessment
- Effectiveness research in clinical practice
- The application of meta-analysis in technology assessment
- Economic analysis
- Quality of life
- Quality of health care
- Disseminating technology assessment products
- Impact assessment
- Health insurance policies and technology assessment
- Technology assessment in developing countries
- Role of consumer`s and mass-media in technology assessment